

Leánygyermekek szexuális bántalmazása

Enyedy Andrea¹ ■ Csorba Roland dr.²

¹Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Nyíregyháza

²Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Debrecen

Bevezetés és célkitűzés: A gyermekkori szexuális erőszak prevalenciája világszerte 12–13%. A gyermekek elleni szexuális erőszak orvosi megközelítésének széles körű elterjedése alapvető egészségügyi és társadalmi követelmény. Jelen dolgozatunkban a fiatalok szexuális bántalmazásának orvosi felismerésével foglalkozunk.

Módszer: Szelektív irodalomgyűjtést végeztünk a rendelkezésre álló fontosabb adatbázisokban és a hazai irodalomban. **Eredmények:** A bántalmazott leányok többségénél nincs látható, diagnosztizálható sérülés. A közhiedelemmel ellentétben a szexuális bűncselekmények nagyobb része többszörös, krónikus előfordulású, az elkövető családon belüli. A gyermekek elleni bántalmazással kapcsolatba kerülő egészségügyi dolgozók feladata nehéz és sokrétű. A bántalmazás felismerése nem könnyű, ennek okai a gyakran nehezen értékelhető jelek, a bizonyított esetekben a megoldás nehézségei, a szakmai elszigeteltség és a szexuális bántalmazás ma is tabuként kezelt megítélése. A gyermekekkel foglalkozó szakembereknek nincs elegendő ismerete a szexuális visszaélésekről, a bűncselekmények felismeréséről és kezeléséről.

Következtetés: A gyermekek védelme és a későbbi jogi eljárás sikere érdekében elengedhetetlen a szakmailag korrekt és precíz diagnosztika, a terápia és a leletek pontos dokumentációja.

Orv Hetil. 2017; 158(23): 910–917.

Kulcsszavak: fiatalok szexuális bántalmazás, felismerés, elkülönítő diagnosztika

Female child sexual abuse

Introduction and aim: The prevalence of child sexual abuse is 12–13% worldwide (18% by girls, 8% by boys). The exact knowledge of sexual abuse and the spread of the adequate medical diagnosis is an essential medical, social and national requirement. In our present study we examine the medical diagnosis of female child sexual abuse.

Method: Selective literature research in the available international and domestic databases.

Results: Majority of children assessed for suspected sexual abuse have normal genital and anal findings. Contrary to popular belief, the majority of child sexual abuse is a chronic multiple event, caused by a family member. The task of the medical staff is difficult and various, due to the diagnostic challenges of child sexual abuse. The difficulties of the medical diagnosis, evaluation and therapy, the complexity of the legal proceedings and prosecution, the isolation of the profession and the victim and the issue treated like a taboo subject often lead to failure.

Conclusion: The physicians dealing with children have suboptimal knowledge of child sexual abuse, the characteristics of victims and perpetrators, the medical diagnosis and therapy of sexual abuse and the rehabilitation of victims.

Keywords: female child sexual abuse, diagnosis, differential diagnosis

Enyedy A, Csorba R. [Female child sexual abuse]. Orv Hetil. 2017; 158(23): 910–917.

(Beérkezett: 2017. március 28.; elfogadva: 2017. április 27.)

A nők és a gyermekek ellen elkövetett szexuális erőszakos cselekedetek világszerte rettentő mértékben szaporodnak [1]. A fiatalokkal szembeni szexuális erőszak a bántalmazás különösen kegyetlen és gyakori módja,

amely növekvő aggodalmat kelt nemcsak a nyugati, hanem a keleti társadalmakban is [2]. Az elmúlt évtizedekben a kérdés a nemi erőszak gyakori előfordulása, súlyos egészségkárosító hatása és az áldozat egész életére kiható

következményei miatt az orvosi és a büntetőjogi gyakorlat középpontjába került.

Huszonnyolc országból származó 39 prevalencia-tanulmány eredményeinek összefoglalása alapján megállapítható, hogy a gyermekkori szexuális bántalmazás prevalenciája lányoknál 10–20%, míg fiúk esetében 5–10% közé tehető [3, 4]. Világszerte 9,9 millió áldozat adatait feldolgozó 323 tanulmány metaanalízise szerint az általános prevalencia 12,7% (lányoknál 18%, míg fiúk esetében 7,6%) [5]. Magyarországon jelenleg nincs összefoglaló adatunk a fiatalkorúak sérelmére elkövetett szexuális bűncselekmények gyakoriságáról, jóllehet, számos közleményben olvashatunk esetismertetéseket. A magyar orvosi irodalomban az első közlemény *Antoni* nevéhez fűződik [6], amelyet számos további követett [7–9]. *Velkey* volt az első, aki a 762 000 lakosú Borsod megye 22,5%-át kitevő 170 000 gyermek között retrospektív felmérést végzett. A gyermekbántalmazás gyakoriságát 5,7%-nak találta [10]. Jelen közlemény egyik szerzője az első, fiatalkorúakkal szemben elkövetett szexuális bántalmazás populációalapú tanulmányát 2005-ben publikálta [11]. Ez a „néma járvány” sokkal több fiatalkorú életét oltja ki, mint a hasonló életkorúak rosszindulatú megbetegedései [12]. Dolgozatunk legfőbb célja, hogy a szexuális bűncselekmények elleni küzdelem sikeressé tételének érdekében összefoglaljuk a bántalmazott leánygyermek orvosi ellátásával kapcsolatos adekvát, pontos információkat.

Definíció

A gyermekbántalmazás azt jelenti, hogy valaki sérülést, fájdalmat, szenvedést okoz a gyermeknek, illetve, hogy a gyermek sérelmére elkövetett bűncselekményt nem akadályozza meg vagy nem jelenti a hatóságoknak. A gyermekbántalmazás fogalmát az orvostársadalom *Kempe* 1962-ben megjelent cikke után fogadta el [13]. Főbb típusai: fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazás, illetve az elhanyagolás.

Szexuális bántalmazás a bántalmazás speciális formája, magába foglal minden olyan cselekedetet, ami az elkövető szexuális kielégülése érdekében történik, a kiskorú beleegyezése nélkül [14]. Nem feltétlenül bántani akar az elkövető, hanem magának akar élvezetet szerezni. A bántalmazott oldaláról megközelítve a kérdést: a fejlődésben még éretlen gyermek vagy fiatalkorú bevonása szexuális jellegű tevékenységbe anélkül, hogy azt a gyermek tökéletesen megértené és abba beleegyezését adná [15]. A további definíciók a törvényellenes kapcsolat kényszerítő, manipulált és kizsákmányoló jellegét hangsúlyozzák, kiemelik az elkövető és az áldozat közötti különbség fontosságát is (legtöbbször négy–öt év) [16]. A szexuális bántalmazás témakörében alapvető a jogi szabályozás ismerete. A nők és gyermekek ellen elkövetett szexuális erőszakos cselekedetek megítélésénél alapvető jogi szabályozás a jogalkotó által meghatározott normák mentén kialakuló jogalkalmazói gyakorlat.

A jogi kategóriák által meghatározott fogalmak tartalmilag nem azonosak az orvosi gyakorlatban megjelenő kategóriákkal. A magyar jogrendszerben a büntetőjogon kívüli jogforrások minden, tizennyolcadik életév alatti személyt gyermeknek, illetve kiskorúnak tekintenek, kivéve, ha a rájuk vonatkozó jogszabályok alapján hamarabb nagykorúvá válnak. Az előzőek alapján a gyermek, a kiskorú fogalma magában foglalja a büntetőjogilag gyermeknek és fiatalkorúnak minősülő személyeket egyaránt, ugyanakkor a büntetőjogilag meghatározott fiatalkorúság fogalmába nem tartoznak bele a 14. életév alatti gyermekek, speciális esetekben pedig a 12. életév alattiak.

Dolgozatunkban csak a leány áldozatok orvosi ellátásával foglalkozunk. A jogrendszerben bekövetkezett változások – a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvénynek (régi Btk.) a 2013. július 1-jéig érvényben levő, majd az azt követően hatályos Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvénynek (új Btk.) a kategóriái – messze meghaladják a közlemény kereteit.

A szexuális bántalmazás áldozatainak orvosi ellátása

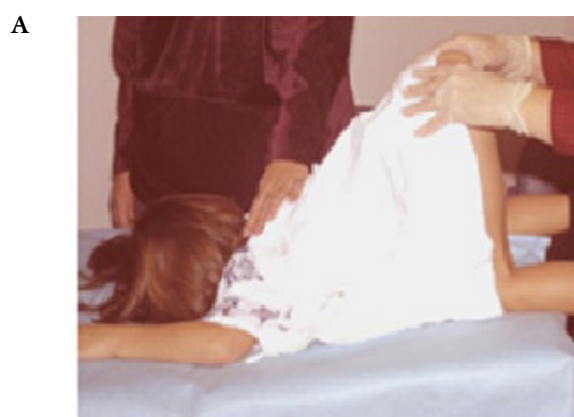
A szexuális bántalmazás áldozatainak ellátása részletesen kidolgozott standard alapelvek alapján történjen! A protokoll magában foglalja a gyermekbántalmazás körülményeit, a vizsgálat célját és menetét. Rögzíteni kell a körélményt: az áldozat és az elkövető életkora és foglalkozása, családi kapcsolat a fiatalkorú áldozat és az elkövető között, a szexuális bántalmazás gyakorisága, a szexuális zaklatás típusa, a bűntény helyszíne, a bűncselekmény elkövetésének ideje napszak és évszak szerint. Dokumentálni kell a következőket is: családi vagy egyéb kapcsolat az áldozat és az őt a klinikára kísérő személy között, az elkövetés és a vizsgálat között eltelt időintervallum hossza és a klinikai vizsgálat eredményei. A bántalmazottak orvosi ellátása a sérülésnek megfelelően, standard szempontok szerint történjen!

A körélmény pontos felvétele – az esetleges büntetőjogi következmény miatt is – rendkívül fontos. A fiatalkorú saját szavaival előadott történetét szóról szóra rögzíteni kell, figyelembe véve az áldozat értelmi képességét és életkorának megfelelő szókincsét. Figyelmet kell fordítani az áldozat és a kísérő viselkedésére, magatartására, különös tekintettel a bántalmazott félelmére, szorongására és kétségbeesésére [17]. A szülő vagy a kísérő által elmondott történetet ugyancsak dokumentálni kell. Az anamnéziszfelvétel során olyan körélményt kell teremteni, hogy az áldozat képes legyen a bántalmazás folyamatát pontosan leírni. A kognitív képességet általános kérdésekkel kell felmérni, meg kell győzni az érintettet arról, hogy segítséget kap. Meg kell győződnie arról, hogy az áldozat meg tudja különböztetni az igazságot a hazugságtól, hogy ismeri a testrészeket, a helyragokat annak érdekében, hogy korának megfelelő szóhasználattal elő tudja adni a történeteket. Az interjú nyelvezete



1. ábra | Az orvosi vizsgálat típusai. A Hanyatt fekvő helyzet. B Nagyajkak szétválasztása. C Nagyajkak széthúzása

egyszerű legyen, nyitott kérdésekkel, fokozatosan kell a beszélgetést az esetleges szexuális zaklatás irányába terelni. Kerülni kell az előítéletet, a kritizálást és a minősítést. A beszélgetés közben meg kell próbálni nyugodtnak és segítőkésznek lenni, a beteg bizalmát elnyerni annak érdekében, hogy a lehető legtöbb információ derüljön ki. Az áldozat számára lehetőséget kell adni arra, hogy a saját kérdéseit feltehesse. Az elmondott történetnek tartalmaznia kell a bűncselekmény idejét, helyét, körülményeit, az elkövető jellemzőit, és a zaklatás típusát, az esetleges



2. ábra | A térd-mell helyzetben végzett orvosi vizsgálat. (A és B)

erőszak jellegét. Hasznos a beszélgetést a következő kérdésekkel kezdeni: „Nekem elmondhatod, én vagyok az orvos. Tudod, hogy miért vagy itt ma az orvosnál? El tudod mondani, hogy mi történt és hogyan kezdődött?” [18]. A bántalmazás jellegéből adódóan legtöbbször kiderül, hogy nemcsak egy alkalommal történt a bántalmazás, az orvosnál való jelentkezést kiváltó legutolsó esemény előtt már rendszerint tartott a titkolt „viszony”.

A fizikális vizsgálat tartalmazza az áldozat teljes testének átfogó fizikális vizsgálatát, a szexuális fejlettség megítélését, a szexuális és egyéb bántalmazás jeleinek kutatását, az esetleges sérülések azonosítását, különös tekintettel az introitus és a szűzhártya kolposzkópos képére. A leány számára megnyugtató, ha a vizsgálatot édesanyja vagy a gondviselő jelenlétében végezzük. A vizsgálat teljesen meztelenül történjen. Az áldozat teljes testfelületén keressük a fizikai bántalmazás nyomait: zúzódások, haematomák, duzzanatok, horzsolások, fognyomok és fojtogatás nyomait. Ezeket anatómiai elhelyezkedésük és kiterjedésük alapján írásban pontosan rögzíteni kell, lehetőség szerint fotódokumentációval [19, 20].

A nemi szervek vizsgálatára a következő pozíciókban kerül sor. A gyermeket alaposan megtekintjük hanyatt, békáláshelyzetben, esetleg édesanyja ölében hanyatt fek-

ve, az idősebb áldozatok esetében kőmetsző helyzetben, lábtartók használatával (1. A–C ábra). A hanyatt fekvő végzett vizsgálómódszerek egyike a nagyajkak szétválasztása (1. B ábra). A vizsgáló ujjait mindkét nagyajakra helyezi és azokat laterális irányban távolítja. A másik technika a nagyajkak széthúzásos módszere (1. C ábra), amely során a nagyajkak ujjainkkal megfogjuk és azokat finoman laterálisan és lefelé húzzuk [21, 22]. Hazánkban a nemzetközileg általánosan használt térd-mell helyzetet ma még csak egyedi esetekben alkalmazzuk (2. A–B ábra).

A látott leletek fotódokumentációja a későbbiekben, gyakran évek múlva esedékes bírósági tárgyalások számára rendkívül fontos. A hüvely feltárását csak idősebb lányok esetében kell elvégezni, akik megfelelő fejlettségi szinttel rendelkeznek (>Tanner III. stádium) [21, 22]. A vizsgálatok tapintatosan, félelemkeltés nélkül, legtöbbször az édesanya jelenlétében történjenek, a gyermek együttműködésére támaszkodva. A nőgyógyászati vizsgálat során feltérképezzük a gátat, különös tekintettel a vérzésekre, haematomákra, horzsolásokra, szűzhártyasérülésekre. A szűzhártya és a posterior fourchette területét kolposzkóppal vizsgáljuk.

A vizsgálat tartalmazza továbbá az esetleges terhesség vizelettesztel vagy ultrahanggal történő vizsgálatát, igazságügyi bizonyítékok gyűjtését (spermium, nyál, szennyező anyagok, ruházat, egyéb bizonyítékok). A spermiumkutatást négy helyről végezzük: hüvelybemenet/hymenalis gyűrű, hüvelyboltozat, nyakcsatorna és végbélnyílás. Hüvelybe került idegen test, illetve hasi traumák, szabad hasúri folyadék kimutatására ultrahangvizsgálat javasolt. Mindezt az ellátást igénylő sérülések sebészi kezelése és profilaktikus intézkedések követik (sürgősségi fogamzásgátlás, tetanus anatoxin, nemi úton terjedő betegségek antibiotikum-profilaxisa). A Debreceni Egyetemen alkalmazott protokollt az 1. táblázat foglalja össze.

Az elvégzendő orvosi vizsgálat időpontja széles skálán változhat, az azonnali és sürgős vizsgálatoktól a tervezett, elektív időpontban elvégzett vizsgálatokig, amelyeket a 2. táblázat mutat be [23, 24].

Az orvosi vizsgálat csak egy része a szexuális bántalmazás felderítésére irányuló multidiszciplináris együttműködésnek. Fő feladata, hogy felderítse és kezelje az esetleges sérüléseket és fertőzéseket, igazságügyi orvosi bizonyítékokat gyűjtsön, szűrje az esetleges, nemi úton terjedő betegségeket, biztosítsa a gyermeket és a családot a gyermek egészségi állapotának gyors javulása felől, és a későbbi bírósági eljárás számára pontos dokumentációt biztosítson.

A helyzetet nehezíti, hogy a testi jelek hiánya nem zárja ki a bántalmazás lehetőségét, a jelek sokszor nem egyértelműek. Az áldozattól nem várható a gyanú megerősítése, így a szakembernek a szexuális és egyéb bántalmazási formákra minden gyanús esetben gondolnia kell. Ugyanakkor nem szabad senkit alaptalanul megvádolni. A bántalmazás gyanújelei a gyermek életkorával

1. táblázat | Szexuális bántalmazás ellátásának protokollja a DEKK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján

Kórelőzmény felvétele
<ul style="list-style-type: none"> A sértett saját szavaival (kísérő kiegészítésével kiskorú esetén, ha érdemi anamnézis nem nyerhető).
Nőgyógyászati vizsgálat
<ul style="list-style-type: none"> Tetőtől talpig végzett fizikális vizsgálat, szexuális fejlettség – másodlagos nemi jelek leírása, lehetséges sérülések –, szexuális zaklatás jeleinek feltérképezése (kolposzkóp – hymenalis gyűrű folytonossága).
Váladékvétel
<ul style="list-style-type: none"> Spermiumkutatás – mintavétel legalább három helyről: hüvelybement, hüvelyboltozat, végbélnyílás, nyál, egyéb bizonyíték. Hüvelyváladék-vétel: STD kimutatására, vaginitispanel.
Ellátás
<ul style="list-style-type: none"> Sebészi: sérülések ellátása. Gyógyszeres – antibiotikum-profilaxis: Sumamed S 1 × 2 kapszula. Sürgősségi fogamzásgátlás: ElleOne 1 × 1, Escapelle 1 × 1. Szükség esetén tetanusanatoxin.
Leletek dokumentálása
<ul style="list-style-type: none"> Három nyomtatott példány.
Leletek kiadása
<ul style="list-style-type: none"> Csak hatósági kérésre (rendőrség, ügyészség).
Kontrollvizsgálat előjegyzése két hét múlva
<ul style="list-style-type: none"> STD-kimutatás, pszichés támogatás, ultrahangvizsgálat.

2. táblázat | Az orvosi vizsgálat időpontja

Azonnali vizsgálat javallata	<p>Azonnali ellátást igénylő panaszok: fájdalom, vérzés, öngyilkossági szándék.</p> <p>A feltételezett erőszak időpontja 72 órán belül.</p> <p>Sürgősségi fogamzásgátlás javallata.</p> <p>Nemi betegség megelőzésének javallata.</p>
Sürgős vizsgálat javallata	A feltételezett erőszak időpontja két héten belülre tehető, nincsenek azonnali ellátást igénylő panaszok.
Elektív vizsgálat javallata	A feltételezett erőszak időpontja két héten túlra tehető.

párhuzamosan eltérő formákban jelenhetnek meg, pubertáskorban még nehezebb a normális magatartás és a deviáns viselkedés elkülönítése. A gyanújelek lehetnek általánosak és specifikusak, jelentkezhetnek a szomatikus, érzelmi és viselkedésszinteken, illetve azok kombinációjában. Ismernünk kell a gyanús szülői magatartások jellemzőit is: orvosi, védőnői tanácsok be nem tartása, a szülő által előadott történet nem egyeztethető össze a sérüléssel, a gyermek és a szülő által elmondott kórtörténet nem egyezik, a kórházba került gyermek látogatásának elmulasztása. A bántalmazásra fizikai jelek is utalhatnak, amelyeket az 3. táblázat tartalmaz. Különösen a következők esetén kell gyanakodnunk esetleges

3. táblázat | Fizikai bántalmazásra utaló gyanújelek

Kórelőzményben

- A sérülés eredetének története ellentmondásos.
- A sérülés keletkezése nem egyeztethető össze a kórtörténettel.
- Az előzményben korábbi sérülések.

Bántalmazás nyomai

- Nem azonos időből származó, nem típusos helyen található zúzódások, hurkák, horzsolások, bevérzések.
- Fojtogatás, harapás nyoma.

Nem baleseti eredetű sérülésekre jellemző

- Bőrelváltozások szokatlan helyen: a háton, a fej és a nyak hátsó részén.
- Többszörös, nem egy időben keletkezett zúzódás, vérömleny.
- Égés, forrázás.
- Koponya, borda, csőves csontok szokatlan lokalizációjú, biztosan nem baleseti eredetű törése (például: csecsemő, kisgyermek felkattörése).
- Régi törések radiológiai jelei.

szexuális bántalmazásra: a szülő a sérülés után csak később fordul orvoshoz, a gyermek és a szülő egymástól eltérően számol be a sérülésről, a sérülés típusa nem egyeztethető össze az előadott történettel, valamint a szülő mindig más-más orvoshoz, különböző kórházakba viszi a gyermeket [21, 25, 26].

A szexuális bántalmazás nem specifikus gyanújelei közé tartoznak az előbbieken vázolt általános viselkedési jelek, a szexuális zaklatás következményei, például alhasi fájdalom, visszatérő fájdalmas vizelés és a húgyúti fertőzések, a nemi szervek fájdalma és viszketése. A specifikus jelek egyértelműek: a nemi szervek és a végbélnyílás sérülése, gyulladása, terhesség és a nemi úton átvihető betegségek. Az anamnéziszfelvétel és a vizsgálati leletek alapján a szexuális bántalmazás valószínűségét a 4. táblázatban foglaltuk össze [21, 26]. Ritka, súlyos, sebészeti ellátást igénylő szexuális bántalmazás következtében az édesapa által megerőszakolt másfél éves kislánynál a vulvát és rectumot érintő gátrepedést észleltünk, amelynek ellátását a 3. ábra mutatja [27].

Elkülönítő diagnózis

Anogenitalis panasszal jelentkező fiatalos beteg kivizsgálása gyakran kihívást jelent a gyakorló klinikusnak. A szexuális bántalmazás gyanúja miatt végzett vizsgálatok során mindig gondolni kell arra, hogy a talált elváltozások hátterében egyéb más, élettani anatómiai megjele-
nések és megbetegedések is állhatnak. Idetartoznak azok a betegségek, amelyek nemi szervi megjelenései utánó-
zák a bántalmazás képét [28]. A vizsgáló klinikusnak tisztában kell lennie azokkal a lehetőségekkel, amelyek utánózzák a szexuális bántalmazás megjelenési formáját, mind az áldozat későbbi egészségügyi állapota, mind az esetleges büntetőjogi következmények miatt. Csak abban az esetben szabad kimondani a szexuális bántalmazás gyanúját vagy valószínűségét, ha a lehetséges egyéb okokat kizártuk.

4. táblázat | Protokoll a szexuális bántalmazás valószínűségének eldöntésére

Nincs bizonyíték

- Normális vizsgálati lelet, nincs szexuális zaklatásra utaló kórelőzmény, nincs szemtanú, nincsenek viselkedésszerű eltérések.
- Más eredettel magyarázható nem specifikus vizsgálati lelet, nincs szexuális bántalmazással kapcsolatos vallomás, nincsenek viselkedésszerű eltérések.
- A sérülés fizikális lelete összhangban van a balesetre vonatkozó anamnézissel.

Lehetséges bántalmazás

- Normális vagy nem specifikus vizsgálati lelet, jelentős viselkedésszerű eltérésekkel, főleg szexuálizált magatartás, de a gyermekbántalmazásra vonatkozó anamnézist nem tud adni.
- Condyloma accuminatum vagy HSV-1 okozta anogenitalis laesiók egy prepubertás korban levő gyermekben, szexuális bántalmazásra vonatkozó anamnézis nélkül, egyébként normális vizsgálati lelettel.
- A gyermek vallomást tesz, de az a gyermek szintjéhez képest nem elég részletes vagy nem következetes.
- Gyanús vizsgálati lelet, anélkül, hogy szexuális abúzust vagy viselkedésszerű eltérést igazolhatnánk.

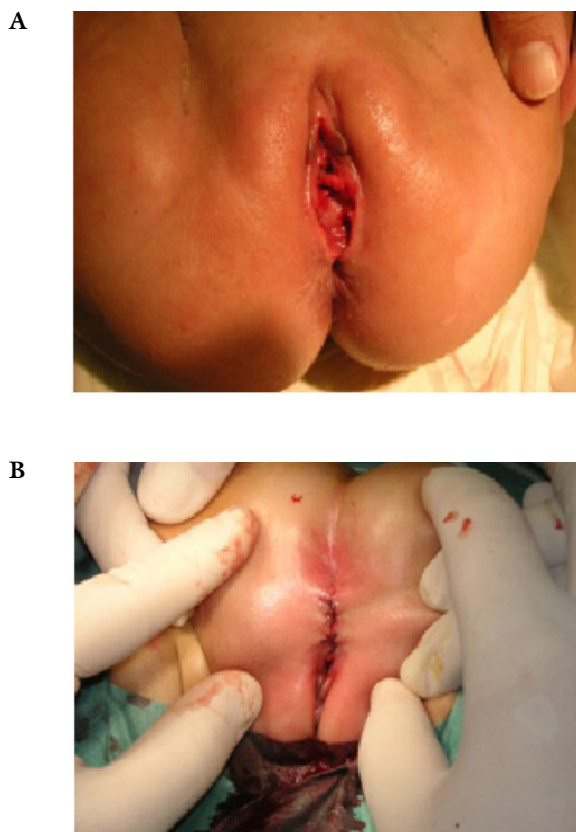
Valószínű bántalmazás

- A gyermek világos, részletes vallomást tesz, fizikális jelek meglétével vagy a nélkül.
- Erősen gyanús vizsgálati leletek, eltérések, szexuális bántalmazásra vonatkozó anamnézissel vagy a nélkül, áthatoló sérülésre vonatkozó anamnézis nélkül.
- Kétéves kor feletti áldozat esetében a genitális váladék tenyésztése: Chlamydia trachomatis-pozitív.
- A genitális tájékról vett váladék: HSV-2-pozitív.
- Diagnosztizált trichomonasinfekció.

Bizonyított bántalmazás vagy szexuális érintkezés

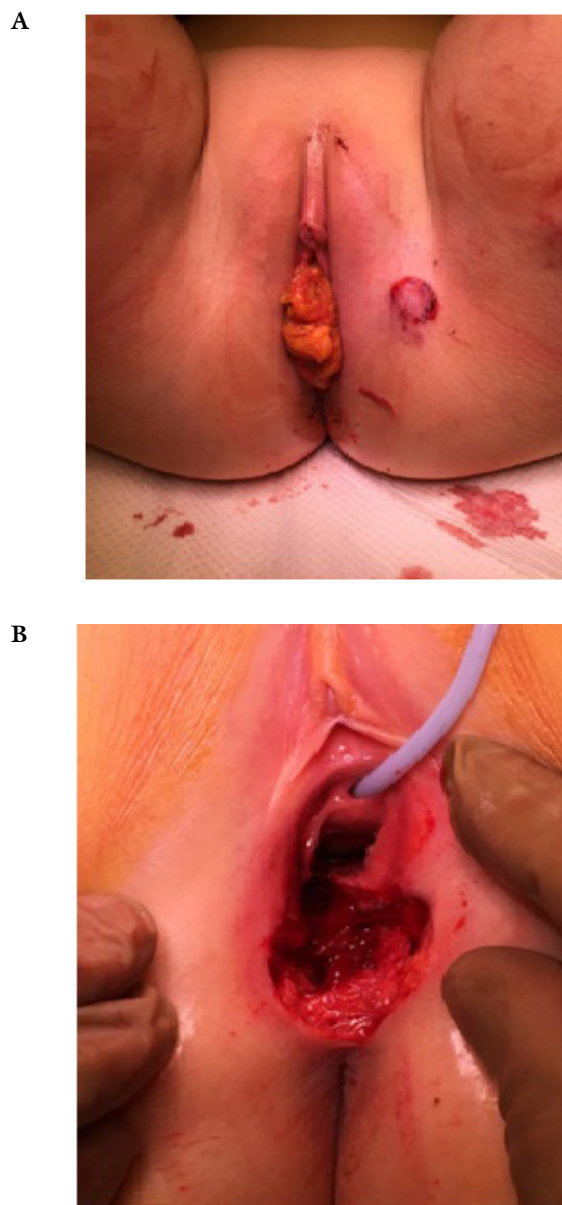
- Vizsgálati leletben egyértelmű a behatolás, erőszak nyoma, baleseti anamnézis nélkül.
- Spermium vagy prosztataváladék a gyermek testén vagy testnyílásában.
- Terhesség.
- Neisseria gonorrhoea-pozitív tenyésztés a genitális, analis vagy garatváladékból.
- Postnatalisan szerzett syphilis.
- Tanúk előtt zajló vagy fényképpel, videofelvétellel dokumentált bántalmazás.
- Az elkövető vallomást tesz a szexuális bántalmazásra vonatkozóan.
- HIV-fertőzés, egyéb fertőzős módok kizárása után.

Véletlen sérülések az esetek döntő többségében rácses mechanizmussal keletkeznek, amikor a sérülést okozó tárgy a kislány lábai közé kerül, arra rázuhan, általában biciklivázra, fürdőkád szélére és mászókéra. A fémváz urogenitalis sérülést okoz azáltal, hogy a puhább szöveteket a medencecsontokhoz nyomja, legtöbbször a szeméremcsontokhoz. Létrejöttében leggyakoribb esemény a biciklivázra való esés (25–39%), bútorra esés (23–36%), mászás nélküli esés tárgyakra (11%), mászókéra való esés (10–25%). További ritka lehetőségek a cipőre vagy kocsolyára esés (4%), tárgynak való nekiszaladás (3%) [29, 30]. Rácses sérülések kilenc hónaposnál fiatalabb csecsemők esetén nem alakulnak ki! A kórelőzmény felvétele rendkívül fontos, amennyiben a gondviselő által elmondott történet nem egyezik a gyermek által elmon-



3. ábra Sebészeti kezelést igénylő szexuális bántalmazás és annak ellátása. **A** Sérülés műtét előtti képe, hanyatt fekvő helyzetben. **B** Sérülés műtét utáni képe

dottal, vagy nem egyeztethető össze a sérülés képével, a sérülés inkább bántalmazás által okozott [31]. A sérülés nem penetráló jellegű, inkább a vulva felső részét foglalja magába, mint a mons pubist, clitorist, illetve a nagy- és kisajkakat. A hymen érintő sérülések nagyon ritkák. Amennyiben esetleg a rácses hegyes tárgyakra történik, úgy a sérülés penetráló jellegű, ezáltal sérülhet a posterior fourchette, a hymen, a hüvely és a rectum. A 4. ábrán egy rendkívül ritka, áthatoló hasi sérülés látható, amely görkorcsolyázás közben szerzett nyársalásos mechanizmussal keletkezett [32]. Mivel a külső nemi szervek bő vérellátásúak, ezért viszonylag kis sérülés nagy vérzéssel járhat, különösen, ha a sérülés a nem ösztrogenizált hüvelyt és szűzhártyát érinti. Ezért sok esetben a vérzésforrás felkeresése és az esetleges kezelés a nagy fájdalom miatt iv. anesztéziában történik. Az esetenként ijesztően nagyra növekvő vulvaris haematomák nagyon fájdalmasak és vizelési nehézséget okoznak a vizeletelvezetési rendszer kompressziója miatt. A szűzhártya és a hüvely sérülése csak nagyon kivételes esetekben jön létre, mint hegyes áthatoló eszközzel történő felnyársalás vagy nagy nyomású zuhany által okozott sérülés [33].



4. ábra Súlyos, áthatoló szeméremtesti sérülés. **A** A cseplesz megjelenik a szeméremrésben. **B** Az áthatoló szeméremtesti sérülés műtét előtti képe

Megbeszélés

Ritkán telik el nap anélkül, hogy a média hírt ne közölne egy felszínre került megdöbbentő, gyakran visszafordíthatatlan károsodással járó, fiatalkorút érintő bántalmazásról. A gyermekekkel szembeni szexuális erőszak megelőzéséért, megszüntetéséért tett erőfeszítésekről, még kevésbé a kérdésben elért szakmai sikerekről azonban alig hallhatunk. Sajnos a nemi erőszak általában csak akkor kerül a figyelem középpontjába, amikor már visszafordíthatatlan, mert személyes tragédia történt [34].

A gyermekek elleni bántalmazással kapcsolatba kerülő egészségügyi dolgozók feladata nehéz és sokrétű, mivel a bántalmazást felismerni nem könnyű, a gyakran nehe-

zen értékelhető jelek, a netán alaptalan súlyos vád elkerülése, a bizonyított esetekben a megoldás nehézségei, a szakmai elszigeteltség és a szexuális bántalmazás ma is tabuként kezelt megítélése miatt. A gyermekekkel foglalkozó szakembereknek nincs elegendő és adekvát ismerete a szexuális visszaélésekről, az áldozatok és elkövetők jellemzőiről, a bűncselekmények felismeréséről, kezeléséről és az áldozatok rehabilitációjáról.

Következtetés

Az alapellátásban, a szakrendelőkben dolgozó kollégáknak, valamint a fiatalokkal kapcsolatba kerülő gondviselőknek, tanároknak mindig gondolniuk kell panaszos fiatalok esetén a szexuális bántalmazás lehetőségére és gondoskodniuk kell arról, hogy ezek a fiatalok áldozatok megfelelő kezelésben részesüljenek [35, 36]. A szexuális bántalmazás ismerete és a gyermekek elleni erőszak megfelelő orvosi megközelítésének széles körű elterjedése alapvető egészségügyi, társadalmi és nemzeti követelmény.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: E. A.: Szelektív irodalomgyűjtés. Cs. R.: A dolgozat végleges formájának elkészítése a 2013-ban megvédett, hasonló témában írt egyetemi habilitációs értekezése alapján. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Johnson CF. Child sexual abuse. Lancet. 2004; 364: 462–470.
- [2] Djedda C, Facchin P, Ranzato C, et al. Child abuse: current problems and key public health challenges. Soc Sci Med. 2000; 51: 905–915.
- [3] Peredaa N, Guilerab G, Fornsa M, et al. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). Child Abuse Negl. 2009; 33: 331–342.
- [4] Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse Negl. 1994; 18: 409–417.
- [5] Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, et al. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat. 2011; 16: 79–101.
- [6] Antoni P. The battered child syndrome. [A megkínzott gyermek szindróma.] Orv. Hetil. 1965; 106: 1934–1937. [Hungarian]
- [7] Bodánszky H, Kelemen J, Váradi S, et al. The etiology, symptoms and forensic aspect of the battered child. [A megkínzott gyermek szindróma etiológiája, klinikuma és orvosszakértői megítélése.] Morfológiai és Ig Orv Szemle. 1988; 28: 140. [Hungarian]
- [8] Bognár I, Bodánszky H, Bohár A. The “battered child syndrome” and the “shaken infant syndrome”. [A „megkínzott gyermek szindróma” és a „megrázott gyermek szindróma”.] Orv Hetil. 1976; 117: 2544–2547. [Hungarian]
- [9] Osváth L, Barla E, Ács G. The battered child syndrome. [Meggyötört gyermek szindróma.] Gyermekgyógyászat. 1990; 41: 373–376. [Hungarian]
- [10] Velkey L. The beaten, tortured, shaken, battered child syndrome. [A „megvert”, „megkínzott”, „megrázott”, „bántalmazott” gyermek szindróma.] Gyermekgyógyászat. 1994; 45: 267–279. [Hungarian]
- [11] Csorba R Jr, Aranyosi J, Borsos A, et al. Characteristics of female child sexual abuse in Hungary between 1986 and 2001: A longitudinal, prospective study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005; 120: 217–221.
- [12] Kaplan R, Adams JA, Starling SP, et al. Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. STM Learning, St. Louis, 2011.
- [13] Kempe CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson lecture. Pediatrics. 1978; 62: 382–389.
- [14] Gasza M. Management of female child abuse in the United States of America. [A bántalmazott leánygyermek ellátása az Egyesült Államokban.] Magy Nőorv L. 2000; 63: 516–517. [Hungarian]
- [15] AAP (American Academy of Pediatrics) Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Pediatrics. 1999; 103: 186–191.
- [16] AAP Committee on Adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. Pediatrics. 2001; 107: 1476–1479.
- [17] Melville JD, Kellogg ND, Perez N, et al. Assessment for self-blame and trauma symptoms during the medical evaluation of suspected sexual abuse. Child Abuse Negl. 2014; 38: 851–857.
- [18] Finkel MA, Alexander RA. Conducting the medical history. J Child Sex Abus. 2011; 20: 486–504.
- [19] Ricci LR. Photodocumentation in child abuse cases. In: Jenny C. (ed.) Child abuse and neglect: Diagnosis, treatment and evidence. Elsevier Saunders, St. Louis, 2011.
- [20] Székely P. Injuries, emergency management in adolescent gynecology. In: Borsos A. (ed.) Adolescent gynecology. [Sérülések, sürgősségi ellátás a gyermeknőgyógyászatban. In: Borsos A. (szerk.) Gyermeknőgyógyászat.] Golden Book, Budapest, 1998; pp. 184–191. [Hungarian]
- [21] Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, et al. Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016; 29: 81–87.
- [22] Jenny C, Crawford-Jakubik JE, Committee on Child Abuse: The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. Pediatrics. 2013; 132: 558–567.
- [23] Christian CW. Timing of the medical examination. J Child Sex Abus. 2011; 20: 505–520.
- [24] Floyd RL, Hirsh DA, Greenbaum VJ, et al. Development of a screening tool for pediatric sexual assault may reduce emergency-department visits. Pediatrics. 2011; 128: 221–226.
- [25] Aszódi I. Few questions according to sexual assaults. [A szexuális bűncselekményekkel kapcsolatos néhány kérdés.] Magy Nőorv L. 2001; 64: 71–74. [Hungarian]
- [26] Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2004; 14: 191–197.
- [27] Csorba R, Lampé R, Póka R. Surgical repair of blunt force penetrating anogenital trauma in an 18-month-old sexually abused girl: a case report. Eur J Obstet Reprod Biol. 2010; 125: 217–221.
- [28] Csorba R, Lampé R, Póka R. Differential diagnosis of child sexual abuse. [A fiatalokkal szemben elkövetett szexuális bántalmazás elkülönítő diagnosztikája.] Orv Hetil. 2009; 150: 2222–2227. [Hungarian]
- [29] Bond GR, Dowd MD, Landsman I, et al. Unintentional perineal injury in prepubescent girls: a multicenter, prospective report of 56 girls. Pediatrics. 1995; 95: 628–631.
- [30] Dowd MD, Fitzmaurice L, Knapp JF, et al. The interpretation of urogenital findings in children with straddle injuries. J Pediatr Surg. 1994; 29: 7–10.

- [31] Csorba R, Póka R, Székely P, et al. Child sexual abuse. [Fiatalokkal szembeni szexuális bűncselekmények.] Orv Hetil. 2004; 145: 223–227. [Hungarian]
- [32] Csorba R, Engel JB, Wieg C. Surgical repair of an impalement genital injury from an inline skating accident in a 7-year-old pre-pubertal girl: a case report. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2017; 30: e11–e13.
- [33] Merritt DF. Evaluation of vaginal bleeding in the praeadolescent girl. Pediatr Surg. 1998; 7: 35–42.
- [34] Editorial: The neglect of child neglect. Lancet. 2003; 361: 443.
- [35] Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse: it's time for standardized training, referral centers, and routine peer review. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999; 153: 1121–1122.
- [36] Adams JA, Starling SP, Frasier LD, et al. Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: role of experience, training, and expert case review. Child Abuse Negl. 2012; 36: 383–392.

(Csorba Roland dr.,
Debrecen, Nagyerdei krt. 98., 4032
e-mail: drcsorbaroland@gmail.com)

Néhány tanács, amellyel elkerülheti az áldozat retraumatizációját az orvosi vizsgálat során:

Az ön praxisában megforduló nők majd negyedét érte szexuális erőszak gyermekkorában, egyes kutatások szerint ez az adat akár 40% is lehet. Akik gyerekként ilyen jellegű bántalmazást szenvedtek el, azok könnyebben válnak felnőttkorukban is szexuális erőszak áldozatává. A nőgyógyászati vizsgálat, kezelés és a szülés a legsúlyosabban újratraumatizáló események a túlélő számára.

- Forduljon tisztelettel betegéhez! A traumatizáltak alapvető tapasztalata, hogy őket semmibe veszik, testüket, egyéniségüket, valóságukat nem tisztelik.
- Mondja el előzetesen, mit fog tenni, és az milyen érzést okoz!
- Ha a beteg igényli, mutassa meg neki a műszereket, amelyeket használni fog, különös tekintettel a hüvelyi vizsgálatokra!
- Használja a lehető legkisebb méretű eszközt!
- Tartson folyamatos szemkontaktust a beteggel, így kisebb az esélye, hogy az emléketörés a múltba ragadja a túlélőt!
- Kérdezzen rá, van-e valamilyen szag (pl. Vazelin), ami újratraumatizálhatja a túlélőt.
- Beszéljen betegéhez a vizsgálat során is!
- Kérje beleegyezését az egyes lépésekhez!
- Ne várakoztassa félig felöltözve!
- Takarja le a beteg testének azt a részét, amelyet nem vizsgál, vagy engedje meg, hogy felöltözve maradjon!
- Csökkentse minimálisra azt az időtartamot, amíg a betegnek kiszolgáltatott, alárendelt testhelyzetben kell töltenie!
- Figyeljen a posztraumás stressz nonverbális jeleinek megjelenésére, és kérdezze meg betegét, hogyan tudna enyhíteni ezeken!
- Tanuljon a túlélőtől! Biztassa, hogy nyugodtan ossza meg önnel meglátásait, véleményét és érzéseit, mert ön abból tanulni akar!
- Fogadja el, hogy a beteg toleranciaszintje hullámzó akár egy vizsgálat során is!

A NANE által működtetett MUSZÁJ munkacsoport (Munkacsoport a Gyerekkori Szexuális Abúzus Áldozatainak Jogaiért honlapján további hasznos információkat talál.

<http://muszajmunkacsoport.hu/>

NANE
NŐK A NŐKÉRT EGYÜTT
AZ ERŐSZAK ELLEN EGYESÜLET